N° 27

DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE

CHEZ LA FEMME

ET DE LEUR EXTRACTION PAR LA DILATATION DE L'URÈTRE

(COMME MÉTHODE DE CHOIX)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1889

Par Thomas BOULOUYS

Né à Lunas (Hérault), le 10 août 1860

EX-INTERNE A L'HOPITAL CIVIL DE TOULON

(Médaille d'argent, épidémie cholérique 1885)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXX VII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Opérations et appareils	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .	GRANEL.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .	GERBAUD
Physique médicale.	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻).
DUPRE (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .	MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. GILIS
MOSSÉ (✻)	GRANEL	BOINET
REGIMBEAU (✻)	FORGUE	BROUSSE
BLAISE	TRUC	IMBERT
BAUMEL	GERBAUD	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*
GRYNFELTT, *professeur.*
GAYRAUD, *agrégé.*
TRUC, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

TH. BOULOUYS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

TH. BOULOUYS.

A mes Maîtres de Montpellier et de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARENCE

CHIRURGIEN EN CHEF DES HOSPICES CIVILS DE TOULON

Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur PERREYMOND

CHIRURGIEN-ADJOINT DES HOSPICES DE TOULON

Chevalier de la Légion d'honneur

TH. BOULOUYS.

A TOUS MES AMIS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

TH. BOULOUYS.

INTRODUCTION

Pendant un certain temps d'internat à l'Hôtel-Dieu de Toulon, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer deux fois l'extraction de corps étrangers de la vessie chez des femmes par M. Carence, chirurgien en chef du service. La dilatation de l'urètre, qui fut exclusivement employée, donna des résultats très satisfaisants, puisqu'il n'y eut à la suite ni fièvre, ni incontinence d'urine d'un seul instant. Aussi, ce chirurgien nous conseilla-t-il de faire de ces deux observations le point de départ de notre thèse, et d'essayer de montrer les avantages que possède la dilatation du canal de l'urètre chez la femme, d'abord en n'exposant guère à l'incontinence d'urine, contrairement à ce que beaucoup d'auteurs ont prétendu, ensuite en fournissant le moyen d'extraire les corps étrangers plus facilement et avec moins de danger pour la vessie et l'urètre, que lorsqu'on se sert des appareils variés d'extraction employés seuls.

Notre tâche a été facilitée par la connaissance de quelques thèses, dans lesquelles leurs auteurs étudient le procédé de la dilatation de l'urètre, surtout au point de vue du traitement de l'affection calculeuse chez le sexe féminin. Leurs études, que

nous aurons lieu de citer, nous ont fourni de nombreux renseignements. Le traité d'Alfred Poulet, sur les corps étrangers en général, nous a été également d'une très grande utilité.

Les divisions que nous avons cru devoir adopter sont les suivantes :

En premier lieu, nous parlerons des corps étrangers de la vessie chez la femme et des accidents qu'ils peuvent produire.

En second lieu, nous étudierons les instruments variés appliqués à l'extraction des corps étrangers des voies urinaires pour tâcher de faire ressortir, d'après les opinions des auteurs, quels sont leurs avantages et leurs inconvénients.

En troisième lieu, nous rappellerons l'historique de la dilatation de l'urètre, surtout pour mettre en parallèle les opinions des chirurgiens sur la valeur de ce moyen d'extraction des calculs et des corps étrangers de la vessie.

En quatrième lieu, nous exposerons les procédés de dilatation et les avantages de la dilatation rapide sur les autres moyens de débarrasser la vessie des corps étrangers.

Suivront les observations et les conclusions.

Nous prions M. le professeur Tédenat, à qui nous devons deux des plus intéressantes observations, d'accepter nos plus vifs remerciements, et nous lui présentons l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES CORPS ÉTRANGERS

DE LA VESSIE

CHEZ LA FEMME

ET DE LEUR EXTRACTION PAR LA DILATATION DE L'URÈTRE

(COMME MÉTHODE DE CHOIX)

CHAPITRE PREMIER

DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME ET DES ACCIDENTS QU'ILS PEUVENT OCCASIONNER

Sous le titre de *corps étrangers de la vessie*, Follin et Duplay (1) comprennent, dans leur ouvrage de pathologie externe, ceux qui ont pénétré dans la cavité vésicale soit par l'urètre, soit à travers une perforation spontanée ou traumatique de ce viscère, tandis qu'ils réservent le nom de calculs aux concrétions formées de toutes pièces dans la vessie.

---

(1) Follin et Duplay, Pathologie externe, t. VI, p. 666.

Chez les femmes, les calculs vésicaux qui n'ont pas pour origine un corps étranger venu du dehors, sont beaucoup plus rares que chez les hommes, bien qu'elles soient presque aussi sujettes qu'eux à l'affection calculeuse. Les particularités qui distinguent le canal de l'urètre féminin fournissent l'explication bien connue de cette rareté.

Mais, en revanche, les calculs déterminés par le dépôt de sels calcaires autour d'un objet arrivé dans la vessie sont communs. Ce qui revient à dire que la présence de corps étrangers tombés dans la vessie, et ayant ou non donné lieu à un commencement de formation lithique, est loin aussi d'être rare. Les nombreux cas cités dans la littérature médicale en font foi.

Si l'on recherche quelle est l'origine des corps étrangers qui se rencontrent dans la vessie chez la femme, on constate qu'elle doit être le plus souvent rapportée à la lubricité. Plus des neuf dixièmes d'entre eux, dit Poulet (1), appartiennent à cette catégorie. On s'explique, par conséquent, que cet accident soit le plus souvent signalé entre 14 et 30 ans, c'est-à-dire à partir du moment où le sens génésique s'éveille.

Ce sera par exception que leur présence, dans la vessie, sera due à un traumatisme : les femmes sont peu exposées aux coups de feu qui entraîneraient une balle ou des fragments de vêtements dans la cavité vésicale, ainsi qu'aux accidents qui y feraient pénétrer d'autres objets par une plaie, soit de la cloison vésico-vaginale, soit des parois abdominales.

Les corps étrangers arrivés dans la vessie à la suite d'une intervention thérapeutique, tels que sondes, fragments d'instruments de chirurgie restés dans l'organe à la suite de leur rupture, ne s'observent pas souvent non plus, contrairement à

---

(1) A. Poulet, Traité des corps étrangers en chirurgie, 1881.

ce qui arrive chez l'homme, où un plus grand nombre de corps étrangers a cette origine.

La femme, moins souvent atteinte d'affections chirurgicales de l'urètre, du col et de la vessie, est, par ce fait, peu exposée à ces inconvénients, d'ailleurs exceptionnels, du traitement chirurgical.

C'est parfois par enfantillage que de petites filles ont pu s'introduire dans le méat des graines ou des objets quelconques. On a signalé également le fait d'aliénées qui s'étaient introduit, dans la vessie, des crayons, des épingles, etc. ; et d'autres qui avaient recommencé après une première extraction. M. Simonin cite une lypémaniaque qui en était à la troisième récidive.

Quant à la nature des objets qui ont été extraits de la vessie, ils offrent une telle variété, qu'on a pu dire qu'il n'en était pas un qui n'y eût été trouvé au moins une fois, du moment où ses dimensions avaient permis le passage. Mais, cependant, sur la liste que forment ces corps étrangers, certains figurent avec une fréquence toute particulière : ce sont ordinairement des instruments d'usage domestique que les femmes ont le plus souvent sous la main. Les plus communs sont certainement les épingles à cheveux à deux branches qui, grâce à leur extrémité arrondie en anse, peuvent progresser dans le canal sans le blesser, tant que les deux pointes sont encore dehors. Dans deux observations inédites que nous rapportons, c'est à cette catégorie de corps que l'on a eu affaire. Assez souvent, encore, on a trouvé des étuis divers, des crochets à tricoter ou autres, des cure-oreilles, etc. M. Tédenat a retiré de la vessie d'une femme une cartouche de révolver à percussion centrale, longue de trois centimètres, épaisse de sept millimètres.

La facilité qu'ont les corps étrangers à glisser dans la vessie chez la femme, et qui tient aux caractères anatomiques et physiologiques de l'urètre, est certainement une des causes

de leur fréquence. Le méat franchi, le corps étranger progressera d'autant mieux, qu'à partir de cet orifice le canal va en acquérant des dimensions plus grandes. D'ailleurs, sa direction à faible courbure en avant et sa brièveté faciliteront aussi le passage vers la vessie. Ainsi le pense Chopart (1) : « Le canal de l'urètre étant court, dit-il, presque droit et » très dilatable chez les femmes, les corps qui y sont intro- » duits passent beaucoup plus facilement dans la vessie. » Un peu plus loin, le même auteur attribue à l'urètre un mouvement péristaltique semblable à celui de l'intestin et qui attirerait probablement vers la vessie les corps engagés dans l'urètre. Mais rien ne prouve que ce mouvement existe, bien que le canal soit entouré, dans toute sa longueur, d'un muscle strié orbiculaire, susceptible de contraction spasmodique, d'après Etienne (2).

Quel que soit le mécanisme par lequel un corps étranger introduit dans le canal progresse vers la vessie, sera-t-il indifférent de connaître la position qu'il y occupera ? Cette notion, si l'on arrive à la posséder, deviendra un guide précieux dans le maniement des instruments d'extraction, lorsqu'on leur donnera la préférence sur les autres procédés. Malheureusement ce sera dans ce cas qu'il sera le plus difficile de la connaître. Et ce désavantage, la dilatation de l'urètre ne le présentera pas, car elle permet l'exploration de la vessie par le doigt.

La situation des corps étrangers dans cette cavité est loin d'être toujours la même, elle varie d'abord avec la forme et les dimensions de l'objet, ensuite avec l'état de plénitude ou

---

(1) Chopart, Traité des mal. des voies urinaires.

(2) Etienne, De l'urètre de la femme et de la portion membraneuse de l'urètre de l'homme. Th. de Nancy, 1880, p. 27.

de vacuité de la vessie, pendant lequel cette position peut changer. La nature de cet objet donne également lieu à des différences de situation, car, suivant sa densité par rapport à celle de l'urine, il est susceptible de se maintenir à la partie supérieure de la vessie en flottant, ou bien de rester dans le fond de cet organe. Les objets de forme allongée et non flexibles occupent des positions très diverses, quoique le plus souvent ils soient en travers, d'après l'opinion de Nélaton et de Delens, rapportée par Poulet (1), ou bien obliquement, d'après celle de Marjolin.

Le toucher vaginal donne quelquefois des renseignements, mais le plus souvent ils sont incomplets, car on ne peut sentir ce que contient la vessie qu'à travers un faible segment de cet organe.

Le corps étranger est-il ou non mobile dans l'organe ? Sa forme, si on la connaît, peut le faire présumer : un corps arrondi est le plus souvent mobile, de même s'il est court et sans pointes. Plus fréquemment il est fixe s'il est long ou bien s'il est piquant, comme les épingles, aiguilles, etc. Et cependant, bien que présentant une ou plusieurs pointes, un corps étranger n'est pas forcément fixe ; assez souvent, on en a rencontré qui étaient libres et pouvaient changer de position.

Dans le cas de fixité, le point d'implantation peut être n'importe où à la surface de la muqueuse vésicale. Dans les deux observations d'épingles à cheveux que nous avons recueillies à l'Hôtel-Dieu de Toulon, ces dernières avaient leur extrémité arrondie en arrière et à droite et leurs pointes venaient s'implanter en avant près du col dans le premier cas, en avant et à gauche dans le second.

---

(1) Poulet, ouvrage cité.

Si la chute du corps étranger ne s'est pas complètement effectuée, une partie peut occuper encore le canal de l'urètre : le cathétérisme renseignera sur cette situation.

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR A LA SUITE DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE.

Le séjour d'un corps étranger dans la vessie est loin d'être sans dangers, et si les accidents qui l'accompagnent sont parfois peu dangereux, cu tardent à se produire, plus tard les conséquences risquent d'être très fâcheuses.

Certaines vessies très tolérantes ont pu renfermer pendant longtemps des objets de dimensions variables, sans qu'il se soit produit d'incrustation calcaire notable, ni même d'autre manifestation morbide. Mais ces cas ont été exceptionnels ; et s'il arrive que les accidents primitifs soient nuls avec des corps étrangers de petit volume, ou sans aspérités ou pointes pour léser les parois, le plus souvent, soit immédiatement, soit après un certains temps, on constate des douleurs au bas-ventre, des envies d'uriner plus fréquentes, rarement un peu de sang dans l'urine.

L'interruption du jet, la rétention intermittente ou complète ont été notées dans les symptômes du début, et quelquefois aussi des douleurs atroces, que Canal(1)attribue beaucoup plus à la distension anormale de la vessie qu'à l'irritation locale.

Jusque-là, les patientes supportent leur mal, n'osant pas en déclarer la cause, et, inconscientes des conséquences souvent

---

(1) Poulet, ouvrage cité.

graves qui les attendent, elles permettent à ces dernières de se produire.

Les complications que l'on a appelées secondaires, indépendamment de la formation calcaire, sont dues à l'irritation continue provoquée par le corps étranger ; ce sont, comme dans les premiers jours, des douleurs, mais plus persistantes, très fortes parfois, de préférence après la miction, quand la vessie, se contractant sur le corps étranger, active l'action irritative de ce dernier. Des hématuries conséquentes peuvent provenir de la même cause (1). La cystite, qui peut commencer dès le début, est fréquemment observée. Dans des cas fort rares, l'irritation a pu déterminer une ulcération de la paroi vésicale et sa perforation, accompagnée, suivant le point où elle se produit, de fistule vésico-vaginale, de péritonite ou d'abcès par pénétration de l'urine dans le tissu conjonctif périvésical. Harrison (2) cite un cas où il existait, sur la partie gauche de la région pubienne, une tuméfaction inflammatoire qui eût abouti à un abcès et probablement à l'issue de l'épingle par cette voie, s'il n'était pas intervenu pour l'extraire.

Mais, le plus souvent, les accidents consécutifs se montrent avec le progrès de la formation lithique, qui ne manque presque jamais de se produire à bref délai. Ce sont des tiraillements, des démangeaisons au méat, des rétentions d'urine intermittentes, des envies d'uriner continuelles, des douleurs pendant ou à la fin de la miction. Si la cystite ne s'est pas montrée déjà, elle ne manque guère d'apparaître avec le cortège de ses symptômes habituels : urines troubles, laissant un dépôt muco-purulent, devenant rapidement ammoniacales, si elles ne le sont déjà avant leur sortie de la vessie.

---

(1) Cas de Marjolin, Soc. de chirurgie, 1865.

(2) Harrison, Encyclopédie internationale de chirurgie, t. VII, p. 12.

Avant même que beaucoup de ces accidents secondaires se soient produits, les malades auront déclaré leur mal et en auront été délivrées. Dans le cas où rien n'aurait été fait, des accidents généraux parfois très graves pourraient se manifester. Ce seraient, d'après Poulet, de l'amaigrissement, perte d'appétit et des forces ; des insomnies causées par la douleur et le besoin incessant d'uriner, des irritations locales produites par le contact de l'urine ammoniacale avec la vulve, les cuisses ; puis, ensuite, des troubles de la menstruation : dysménorrhée d'abord, puis aménorrhée presque absolue, avec douleurs et coliques périodiques.

A la longue, les uretères et les reins ne resteront pas sans subir le contre-coup du mauvais état de la vessie. Il ne sera pas extraordinaire d'observer de la néphrite ou de la pyélonéphrite. Déjà des frissons, quelques accès de fièvre auront indiqué le mauvais état général de l'économie pouvant aboutir à un état adynamique et entraîner la mort.

En dehors des accidents généraux, la présence dans la vessie d'un corps étranger, ou d'un calcul lui faisant suite, exposera à des complications graves dans le cas de grossesse, au moment de l'accouchement. Si l'on songe que les accoucheurs recommandent de maintenir vides le rectum et la vessie au commencement du travail ou pendant, on conçoit combien il est important qu'à ce moment le petit bassin soit aussi libre que possible. Quels ne seront donc pas les accidents graves pour la mère et l'enfant que ceux qui seront occasionnés par la présence, dans la vessie, d'un corps volumineux, bien qu'on ait cité des cas ou de gros calculs n'avaient gêné en rien l'expulsion du fœtus ?

CHAPITRE II

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES APPAREILS D'EXTRACTION POUR LES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE.

L'indication fournie par la présence d'un corps étranger dans la vessie est donc d'en faire l'extraction le plus tôt possible, pour ne pas donner aux accidents dont nous avons parlé le temps de se produire. Mais, avant d'en venir à des opérations d'une certaine gravité, telles que les tailles, on a songé à saisir les corps étrangers à travers l'urètre au moyen d'instruments variés de forme suivant les corps dont il s'agissait. Ces instruments, qui ont été construits surtout en vue de s'appliquer à l'urètre de l'homme, peuvent servir d'autant mieux chez les femmes, que celles-ci ont leur canal plus praticable encore. Et, malgré cela, tous ces appareils, qui, en beaucoup de circonstances, ont rendu des services, paraissent cependant bien moins avantageux que la dilatation de l'urètre chez le sexe féminin. C'est ce que nous essaierons de faire ressortir en passant brièvement en revue, dans ce chapitre, chacune des catégories d'instruments d'extraction pour en comparer les avantages et les inconvénients, et en montrant dans le Chapitre IV la supériorité de la dilatation.

Nous avons d'abord les instruments à crochets, qui sont en général très infidèles ; si la préhension de l'objet est facile, l'extraction est loin de l'être dans tous les cas. Voici ce

qu'en disent Woillemier et Le Dentu (1) : « Le corps étranger glisse dans le crochet et s'échappe à la moindre traction, ou bien sa pointe s'implante dans les parois de la vessie. De là, des recherches répétées, qui ne sont pas sans quelque inconvénient. »

Dans la catégorie des instruments à anse, sont tous ceux qui sont analogues aux serre-nœuds. Ils ne sont pas meilleurs que les précédents, sur lesquels ils ont le désavantage de saisir moins facilement le corps à extraire. Les auteurs (2) leur reprochent avec raison de ne pas toujours faciliter l'extraction, parce qu'ils saisissent l'objet par le milieu, et que celui-ci se présente alors à l'origine de l'urètre par son plus grand diamètre. Ils auront par conséquent l'inconvénient de rester souvent inutiles et d'être quelquefois offensifs.

L'idée de ployer les corps étrangers longs et flexibles, tels que les épingles de tout genre, les sondes en caoutchouc, etc., en quelque partie qu'ils soient saisis par l'instrument extracteur, a donné lieu à la construction d'appareils dits plicateurs, dont ceux de Courty et de Mercier offrent le type. Ils agissent assez bien quand l'objet à extraire se prête facilement à la flexion et n'est pas cassant ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ils sont inutiles, car on ne peut songer à les employer pour des corps rigides ou de diamètre un peu fort, tels qu'étuis, crayons, tiges de bois, etc.

A côté de ces derniers instruments, se placent les redresseurs et les extracteurs à bascule, qui peuvent s'appliquer à l'extraction d'une plus grande variété de corps étrangers et surtout de ceux qui sont cassants ou non flexibles. Mais, si l'on songe à la difficulté que l'on a d'abord à saisir des objets de

---

(1) Woillemier et Le Dentu, Traité des maladies des voies urinaires, 1881.

(2) Follin et Duplay, Pathologie externe t. VI, p. 674.

faible diamètre et ensuite à leur faire accomplir une évolution dans une vessie que l'on ne maintiendra chez la femme que difficilement distendue par un liquide, on comprend qu'ils doivent souvent laisser l'opérateur dans l'embarras.

Parmi ces instruments, on peut citer ceux de Leroy d'Etiolles et de Robert et Collin.

On a encore eu l'idée de sectionner les corps étrangers susceptibles de l'être en un nombre de morceaux assez petits pour qu'ils puissent être extraits par d'autres instruments, ou même être évacués soit spontanément, soit au moyen des aspirateurs dont on se sert après les séances de lithotritie. On doit à Caudmont un de ces instruments, dit sécateur. On peut lui reconnaître quelques avantages qui sont bien compensés par son inutilité la plupart du temps. D'abord sectionner un corps étranger en plusieurs fragments n'est pas l'extraire. Des morceaux plus petits ne sont pas non plus sans inconvénient, d'autant qu'on peut en laisser un dans la vessie. Ce moyen ne serait donc que préparatoire pour d'autres. On peut en outre s'exposer à blesser la vessie en y rompant des objets résistants.

Mais les instruments les plus en usage et ceux auxquels on pense en premier lieu sont les pinces en général. Les opérateurs les ont plus souvent à leur disposition que des appareils compliqués ; de plus elles valent mieux. Suivant les cas, toutes peuvent rendre des services ; que ce soient les pinces à coulisse, telles que celle de Hales ou de Hunter, ou les diverses pinces à charnière : pinces à polype, à pansement, à forcipressure, etc. Avec elles on saisit assez facilement les objets, mais c'est surtout vers leur milieu, et l'on a de grandes difficultés a amener l'axe du corps à extraire dans le prolongement de celui de la pince.

Les lithotriteurs, surtout les petits, ont été de temps en temps employés à extraire des corps étrangers, en faisant

fonction non de broyeurs, mais de pinces d'une espèce particulière, et c'est à ce titre qu'ils sont passibles des reproches adressés à ces dernières. Dans le cas où l'on emploierait des lithotriteurs, Sédillot (1) recommande de ne pas se servir de ceux à cuiller fenêtrée, dans laquelle les corps étrangers en forme de tige pourraient s'engager, et, se mettant en travers, empêcher la sortie de l'objet et même de l'instrument extracteur, d'où la nécessité d'en venir à la taille. Les sondes exposent au même accident ; mais celui-ci n'a pas toujours d'aussi graves conséquences : ainsi Lamotte et Leroy d'Etiolles ont pu par hasard voir engager un corps étranger dans les yeux d'une sonde et la retirer ainsi en déchirant, il est vrai, quelque peu l'urètre.

En résumé, tous ces divers instruments ont chacun quelque avantage ; dans beaucoup de circonstances ils ont pu faire l'extraction avec assez de facilité, mais souvent aussi ils sont restés impuissants, et l'on peut donner leur variété comme une preuve de leur insuffisance dans bien des cas. Cette insuffisance, plus manifeste quand ils sont appliqués chez l'homme, tient en partie à ce qu'on ne peut les manœuvrer qu'à tâtons ; de plus, chez la femme, cette manœuvre doit se faire dans une vessie que l'on aura de la peine à maintenir distendue par un liquide. On risquera alors non seulement de ne pas bien saisir le corps étranger, mais aussi d'exposer la vessie et l'urètre à des blessures qu'accompagnent parfois des conséquences graves. « Avant tout, disent Follin et Duplay (2), il faut éviter » de laisser après une manœuvre d'extraction la vessie en » mauvais état, et plutôt que de s'exposer aux conséquences » fâcheuses d'une contusion violente de cet organe, recourir à

---

(1) Sédillot et Legouest, Médecine opératoire, t. II, p. 730.

(2) Follin et Duplay, Path. ext., t. VI, p. 679.

» un autre mode d'extraction. » Or, on arrivera vite à des manœuvres laborieuses, si, comme cela se présente le plus souvent avec les appareils dont nous venons de parler, on ne fait pas l'extraction dès les premières tentatives.

CHAPITRE III

OPINIONS DES AUTEURS SUR LA VALEUR DU PROCÉDÉ DE DILATATION DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME

L'historique de la dilatation de l'urètre a été fait ces dernières années dans quelques travaux sur le traitement de l'affection calculeuse chez la femme ; aussi nous contenterons-nous de résumer ce qui a été dit sur ce sujet, et cela simplement pour montrer combien, jusqu'à ces derniers temps, les opinions des auteurs sur cette méthode ont varié.

On s'étonne, en effet, des divergences qui existent entre eux quand il s'agit d'apprécier les conséquences de cette opération, qui pour les uns est inoffensive, et qui pour les autres expose à sa suite à un accident des plus graves : l'incontinence d'urine, soit pour un certain temps, soit pour toujours, le plus souvent.

L'idée de dilater le canal de l'urètre pour pénétrer dans la vessie afin d'en extraire les calculs ou les corps étrangers s'est présentée souvent à l'esprit des chirurgiens. Déjà au XVI^{e} siècle, Franco aurait pratiqué la dilatation de ce canal, et rien n'indique que ce procédé n'ait pu être tenté avant cette époque, puisqu'on pense que les Arabes l'auraient connu et pratiqué. Mais le chirurgien que nous venons de nommer le déconseillait, lui reprochant de trop souvent exposer à la perte involontaire des urines.

Depuis lors et jusqu'au commencement de ce siècle, plusieurs opérateurs ont pratiqué la dilatation. Parmi eux, on cite

Tolet (1) (fin du XVII[e] siècle) à qui l'invention du procédé de dilatation rapide a été attribué, mais qui la tenait d'un autre chirurgien, comme il le dit lui-même : « Feu M. Jonnot ne se » servait que d'une sonde creuse ou d'un gros stylet pour con- » duire la tenette, et c'est de lui que j'ai appris que l'incision » de l'urètre était inutile pour extraire la pierre au sexe » féminin. » Tolet pense aussi que cette incision du méat n'est pas indispensable et que l'incontinence n'était guère à craindre tant que la dilatation n'était pas portée à un très haut degré.

Marianus Sanctus (2), Boerhaave (3), Rivière ont la même opinion que Tolet sur cette opération, dont ils reconnaissaient les avantages. Ils redoutaient cependant l'incontinence qu'ils ont eue quelquefois comme résultat de leur intervention.

Dionis (4) reconnaissait, en parlant du traitement de la pierre chez la femme, « que le canal de l'urètre était dilatable au- » delà de ce qu'on pouvait en croire, » mais qu'il restait aux trois quarts des opérées un écoulement involontaire d'urine.

En 1751, Lachèse, chirurgien d'Angers, se servit du procédé de dilatation et eut à s'en louer. (Observation VII).

Mais, d'un autre côté, Laurent Collot, Fabrice, de Hilden, Paré et d'autres la rejetèrent complètement après s'en être plusieurs fois servi et lui préférèrent la taille hypogastrique ou la taille urétrale. Ce dernier procédé serait du à Collot (5), qui « dilate et dilacère après avoir fait une petite incision tout au

---

(1) Tolet, Traité de la lithotomie, 1682, p. 124.

(2) Marianus Sanctus. De lapide vesicæ per incisionem extrahendo libellus. Parisis, 1540.

(3) Boerhaave. Aphorismes de chirurgie commentés par Van Swieten. Paris, 1753.

(4) Dionis. Cours d'opérations de chirurgie, 1702, p. 200.

(5) Collot. Traité de l'opération de la taille, 1727.

dessus de l'orifice du col de la vessie. » Or, loin d'éviter par cette manière d'agir l'incontinence d'urine si redoutée, il la provoquait encore plus sûrement.

En somme, jusqu'à la période moderne, de tous les chirurgiens qui avaient pratiqué ou étudié la dilatation, les uns l'admettent dans certains cas, tout en lui reconnaissant l'inconvénient sérieux d'amener parfois l'incontinence ; les autres la repoussent tout à fait. A la vérité, ce procédé n'avait pas encore donné les résultats qu'en ont obtenu depuis les chirurgiens modernes et peut-être cela doit-il être attribué, soit à ce que la dilatation était portée trop loin, soit plutôt à l'imperfection des moyens dans la pratique de cette opération ; car, ne connaissant pas les agents anesthésiques, les anciens opérateurs étaient privés des avantages qu'offrent le chloroforme ou l'éther, en diminuant la tonicité des fibres musculaires qui entourent le canal, en les rendant moins sujettes à se rompre.

Jusqu'au premier quart de ce siècle, cette opération a été bien des fois abandonnée, puis reprise et délaissée encore. Mais à ce moment, Astley Cooper, reprenant la question du traitement des calculs, eut l'idée de dilater le canal petit à petit au moyen de l'éponge préparée. Ses premières opérations portèrent sur trois malades atteintes de calculs (1).

Les résultats obtenus (deux guérisons complètes et une incontinence d'urine) firent l'objet d'un premier mémoire à la Société médico-chirurgicale de Londres. Il changea bientôt le procédé de dilatation rapide et, dans trois autres mémoires présentés à la Société, il expose son procédé et détaille même les avantages qui lui sont propres. Pour ce chirurgien, cette méthode opératoire, outre qu'elle est d'abord d'une très

---

(1) A. Cooper. Mémoires à la Société méd.-chir. de Londres, 1717 à 1823.

grande facilité et demande fort peu de temps, n'occasionne aucun danger ; mais sa valeur principale, qui la fait préférer à toutes les autres, consiste en ce qu'elle n'amène point l'incontinence.

Et cependant, bien que cet auteur ait ainsi vanté la dilatation de l'urètre, les chirurgiens du commencement et du milieu du siècle ont peu expérimenté ce procédé. Lorsqu'ils en parlent, ils lui reprochent de causer fréquemment l'incontinence d'urine, et paraissent en cela le condamner plutôt d'après l'opinion des auteurs plus anciens que d'après leur expérience personnelle. Un grand nombre d'entre eux pratiquèrent d'ailleurs si brillamment les autres opérations d'extraction des calculs (taille ou lithotritie, auxquelles ils firent accomplir des progrès), qu'ils leur donnèrent toujours la préférence sur la dilatation chez la femme.

C'est ainsi que Lisfranc, Deschamps, Boyer, Leroy d'Etiolles, Amussat, etc., n'admettent guère que ces procédés pour l'extraction des calculs que peut renfermer la vessie. Dupuytren partage également les idées des auteurs précédents et déconseille complètement la dilatation, comme donnant trop souvent lieu à l'incontinence. Civiale n'en parle que pour la condamner. Dubois remit en honneur la taille de Collot et ne dut pas pratiquer la dilatation simple. Pour Dolbeau, la lithotritie suffirait à tous les cas, d'autant plus qu'il regarde l'incontinence comme le résultat à peu près obligé de la dilatation forcée. Thompson est à peu près du même avis, quoiqu'il ait cependant pratiqué ce mode opératoire sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient pour ses opérées.

Ce n'est qu'après cette longue période, pendant laquelle la méthode de Cooper est presque complètement délaissée, que Simon, d'Heidelberg, sans connaître les travaux du chirurgien anglais, fait usage de la dilatation rapide qu'il érige en méthode rationnelle, non seulement d'extraction pour les calculs et les

corps étrangers, mais aussi d'exploration de la vessie et de l'urètre. Il invente même, pour la pratiquer, un dilatateur spécial. Wildt, élève de Simon et continuateur de ses idées, cite plus de cinquante cas de dilatation pratiquée à la clinique d'Heidelberg par le procédé de son maître, sans qu'il y ait eu une seule fois l'incontinence d'urine.

Le professeur Simon, ainsi que le rapporte Rogie dans sa thèse (1), serait tellement convaincu du peu de danger qu'il y a à pratiquer cette opération, qu'il la fait employer couramment à la clinique de cette ville, non seulement pour le diagnostic et le traitement des affections urinaires de la femme, mais aussi comme exercice de démonstration.

M. Monteil, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Mende, exprime la même opinion. A la suite d'une observation qu'il publia en 1864, dans la Gazette des Hôpitaux (2), et que nous reproduisons plus loin, il ajoute que le moyen qu'il vient d'employer, c'est-à-dire la dilatation de l'urètre, lui a paru être d'une telle facilité, et à ce point exempte de danger, qu'il croit qu'elle pourrait être fréquemment utilisée pour l'exploration, le diagnostic et le traitement d'un grand nombre d'affections de la vessie et de l'urètre. Il a pu faire sur trois cadavres des expériences de dilatation qui n'ont amené aucune déchirure des tissus de l'urètre.

En 1871-1872, M. Simonin, de Nancy, présente à la Société médicale de cette ville un travail, dont le titre: « *Innocuité et utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urètre chez la femme* », indique suffisamment quelles sont les opinions de l'auteur sur cette opération.

La même année, parut la thèse dans laquelle M. Hybord fait

---

(1) Rogie. Thèse de Paris, 1877.

(2) Gazette des hôpitaux du 18 octobre 1864, n° 122.

ressortir les avantages de la dilatation pour l'extraction des calculs et le peu d'inconvénients qu'elle présente.

Dans trois autres thèses, soutenues à Nancy par M. Maurice, à Paris par M. Rogie et à Lyon par M. Gauthier, leurs auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes: que la dilatation de l'urètre était relativement inoffensive et qu'elle ne donnait pas d'incontinence d'urine sérieuse, si elle n'était pas poussée trop loin ; de plus qu'elle méritait de devenir la méthode de choix pour l'extraction, soit des calculs, soit des corps étrangers de la vessie.

Enfin, Reliquet (1) lui donne la préférence en la comparant aux tailles urétrales, qui exposent beaucoup plus à l'incontinence et à l'infiltration d'urine.

Actuellement, il ne paraît pas y avoir de chirurgien qui la repousse absolument, et le récent *Traité de médecine opératoire* de M. Chalot la décrit comme une opération courante répondant à de nombreuses indications.

---

(1) Reliquet. Traité des opérations des voies urinaires, 1871.

CHAPITRE IV

DES PROCÉDÉS DE DILATATION DE L'URÈTRE AVANTAGES DE LA DILATATION RAPIDE

Lorsqu'on voudra dilater le canal de l'urètre, on pourra s'y prendre de deux manières. Suivant l'une, on pratiquera l'élargissement en agissant sur les parois du canal pendant un certain temps avant le moment choisi pour l'extraction : c'est la dilatation lente; suivant l'autre manière, qui est la dilatation rapide, cet élargissement sera obtenu séance tenante. Chacune de ces méthodes comportera donc une exécution différente, mais pour toutes les deux l'appareil instrumental sera des plus simples.

Nous allons nous occuper d'abord de la dilatation lente, bien qu'elle soit de date moins ancienne que l'autre, puisque Cooper paraît l'avoir employée le premier en se servant pour cela de l'éponge préparée. On peut encore se servir de tiges de laminaire ou de racines de gentiane, qui constituent des moyens bien connus de dilater certains trajets fistuleux ou les divers orifices naturels, car elles augmentent de volume en s'imbibant des liquides dont sont humectés les tissus qui les entourent. Dans d'autres circonstances, on a encore employé des dilatateurs mécaniques gradués ou non, qui étaient appliqués un certain temps avant l'opération et qu'on avait soin d'ouvrir petit à petit.

La dilatation lente aurait, entre autres avantages, celui d'exposer très peu à la rupture des fibres musculaires du canal.

Mais examinons ses inconvénients, qui l'ont faite à peu près abandonner au profit de la dilatation rapide. En premier lieu, on lui reproche avec raison d'occasionner des douleurs très vives qui font que les malades ne peuvent souvent pas la supporter jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante. Les anesthésiques remédieraient bien à cet inconvénient, si on ne craignait pas de maintenir une patiente sous leur action pendant un temps qui peut aller jusqu'à trois, quatre heures et plus. En second lieu, la miction est supprimée pendant ce temps, sauf dans le cas où l'on emploierait un dilatateur qui permettrait le cours de l'urine. En troisième lieu, la présence dans le canal de l'agent dilatateur provoque l'impression désagréable du besoin continuel d'uriner. Ces raisons, Cooper les reconnaît (1) : « Le morceau d'éponge, dit-il, devant être porté pendant » plusieurs heures, la malade pendant tout ce temps est expo- » sée à des souffrances et à tous les inconvénients de la » rétention d'urine. » Pour Woillemier et Le Dentu (2), la dilatation lente est douloureuse et inefficace. Enfin, on n'est pas toujours sûr, lorsqu'on retire l'éponge, d'avoir obtenu tout l'élargissement du canal que l'on désire.

Pour opérer la dilatation rapide, on a le choix entre un grand nombre de procédés, qui sont tous très-simples. Peu d'opérations, en effet, nécessitent aussi peu d'instruments que celle-là, puisque à la rigueur les doigts de l'opérateur pourraient suffire. Aussi n'importe quel praticien aura toujours sous la main de quoi l'exécuter.

A part certains dilatateurs spécialement construits pour cet usage, des instruments très divers ont été, en beaucoup de

---

(1) Cooper. Cité dans la thèse de Maurice. Nancy, 1877.

(2) Woillemier et Le Dentu. Traité des maladies des voies urinaires, 1881.

circonstances, employés avec avantage. Parmi ces appareils spéciaux nous citerons le dilatateur de Weiss, employé en Angleterre par Cooper, et auquel Billroth fait le reproche d'être la cause la plus habituelle de l'incontinence d'urine, quand elle se produit.

En Allemagne et à Vienne, on se sert surtout des sept spéculums en caoutchouc de Simon, d'Heidelberg, dont le plus faible mesure 9 millim. de diamètre et le plus fort 2 centim. Le professeur Simonin, de Nancy, emploie un dilatateur cylindro-conique, dont le diamètre va en augmentant.

M. Tédenat a souvent employé la pince-gouttière du professeur Tripier. Cet instrument permet une dilatation rapide progressive et l'inspection au moins partielle de la cavité vésicale. Cette dernière condition est précieuse, car, lorsque le corps étranger (s'il est allongé dans sa forme) a une extrémité siégeant près du col, ainsi que cela arrive le plus souvent, on peut avoir l'avantage d'en découvrir une partie coupant le champ d'inspection laissé libre entre les deux extrémités des gouttières du dilatateur. Une pince, que l'on manœuvre entre les deux valves de l'instrument, peut saisir le corps à extraire sous l'œil même de l'opérateur. (Ex. : Obs. IV.)

On peut également se servir du dilatateur de Huguier. Enfin, ceux de Woillemier, de Dolbeau et celui que Scanzoni a fait construire pour la dilatation de l'orifice utérin, peuvent être utilisés pour commencer l'élargissement. A l'Hôtel-Dieu de Toulon, M. Carence avait l'habitude de se servir de ces deux derniers pour préparer l'introduction de l'index. (Obs. I et II.)

Mais si l'on ne possédait pas ces instruments, on aura toujours sous la main des pinces à charnière que l'on introduira fermées dans le canal et l'on retirera ouvertes ; des bougies ou des sondes, qui, introduites les unes à côté des autres, comme dans le cathétérisme en faisceau, produiront une certaine distension. Des gorgerets divers ont pu servir ; leur cannelure

peut même être utile en logeant le doigt ou des pinces pendant qu'ils sont appliqués. Enfin, les divers spéculums de l'oreille, du nez ont rendu des services ; mais, en résumé, tout ce qui pourra, sans danger pour le canal, le dilater assez pour permettre l'introduction du doigt sera bon à employer.

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant de commencer la dilatation, il faut vider la vessie et y pousser une bonne injection antiseptique ; on emploie de préférence une solution saturée d'acide borique ; on a soin également de prendre toutes les autres mesures de désinfection avant et après l'opération. Il est d'ailleurs inutile d'insister, à l'époque actuelle, sur les avantages d'une bonne antisepsie. Dans cette opération, comme dans toutes les autres, elle est de rigueur. Elle évitera des complications fâcheuses auxquelles on pourrait exposer la malade, dans le cas où on aurait malgré tout blessé la vessie ou le canal ; car on sait que l'urine est un milieu de développement des plus favorables pour un grand nombre de germes infectieux.

On couche la malade sur le dos, reposant sur un lit ou une table ; celle qui sert à l'examen au spéculum est particulièrement commode. Les jambes sont fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin et en même temps écartées. On la soumet aux inhalations de chloroforme ou d'éther jusqu'à la période de résolution musculaire.

Ces divers soins accomplis, on n'a plus qu'à commencer la dilatation, que l'on fera précéder du débridement du méat par une ou plusieurs incisions peu profondes, pratiquées au gré de l'opérateur, à droite, à gauche, en haut. Le méat, moins dilatable que le reste du canal, risquerait de se rompre pendant l'opération. Mais cette précaution, bien que recommandée

par la plupart des auteurs, et même très utile, n'est pas toujours indispensable. Tolet, avons-nous vu, la croyait inutile, et, dans les deux observations que nous avons recueillies, M. Carence négligea ce soin et n'eut pas de rupture de l'orifice.

Que l'on ait ou non incisé le méat, on introduit dans le canal l'instrument que l'on a choisi. Si c'est un dilatateur à branches, on le développera lentement ; s'il est conique on l'enfoncera avec précaution. En somme, quel que soit le moyen, on doit agir avec la plus grande douceur.

La meilleure façon de procéder semble être, une fois qu'une certaine dimension a été donnée au canal au moyen d'un instrument, de continuer la dilatation avec un mouvement de vrille en exerçant, sur les parois de l'urètre et en tous sens, des pressions successives et modérées que l'on a pu comparer à un massage de ce conduit.

La dilatation obtenue complètement, on explore la vessie avec le doigt ; on se rend compte de la position du corps étranger dans cet organe, s'il est libre, ou s'il est engagé dans une partie quelconque de la cavité vésicale. On procède ensuite à l'extraction, que l'on peut faire avec des pinces ou tout autre instrument de préhension. Le doigt, pénétrant dans la vessie, place l'objet à extraire en bonne situation entre les mors de la pince. On peut quelquefois ne pas se servir d'instrument et entraîner le corps étranger au moyen de l'index un peu recourbé, comme cela a été pratiqué dans nos deux premières observations. Dans ce cas, il sera possible, en introduisant un doigt de l'autre main dans le vagin, d'aider à pousser le corps étranger d'arrière en avant vers l'ouverture du col et l'entraîner au dehors.

Les soins locaux consécutifs sont très simples, car il n'y a pas de blessure sérieuse du canal, ni d'écoulement de sang notable : quelques lavages de la vessie et de l'urètre avec une solution boriquée ; une compresse exprimée après qu'on l'a

trempée dans la liqueur de Van Swieten, simple ou dédoublée, et que l'on applique sur la vulve, suffisent ordinairement.

Nous ne dirons que quelques mots sur les dimensions à donner au canal pendant son élargissement. La plupart des chirurgiens, et Cooper en tête, pensent que si l'on peut dilater jusqu'à atteindre un diamètre maximum de 3 centimètres, il serait téméraire de vouloir le dépasser, car alors on s'exposerait à provoquer cette incontinence, qui est si rare quand on ne va pas au-delà.

M. Hybord (1), d'après des expériences nombreuses, conclut que : « La dilatation est d'une innocuité parfaite, pourvu » qu'elle n'aille pas au-delà de 2 centimètres et demi. » Voillemier et Le Dentu (2) disent qu'on ne doit pas dépasser une dilatation de 7 à 8 centimètres de circonférence, bien que, d'après les expériences de Hybord, Spiegelberg, Simon et Simonin (de Nancy), on ait pu porter la dilatation à 9 centimètres de circonférence, sans qu'on ait constaté une seule déchirure de l'urètre.

Dans une séance de la Société de chirurgie (3), M. Borelli prétend que la dilatation excessive de l'urètre est inoffensive. M. Giraldès combat cette idée, et cite un cas où il aurait eu une incontinence d'urine, qui se prolongea longtemps à la suite d'une dilatation avec incision, pour extraire un calcul d'un diamètre transversal de 4 centimètres. Mais, dans ce cas, la dilatation fut énorme, et l'on n'aura pas besoin en général de dépasser un calibre qui permettra le passage facile de l'index, soit environ 7 centimètres de circonférence, ainsi que tous les auteurs s'accordent à le dire.

---

(1) Hybord. Thèse de Paris, 1872.

(2) Woillemier et Le Dentu. Ouvrage cité.

(3) Extrait du compte-rendu de la séance de la Société de chirurgie du 20 nov. 1867. *In* Gazette des hôpitaux du 11 janvier 1868, n° 4.

Quels sont les avantages de la dilatation rapide? D'abord, elle n'expose pas à la rupture des fibres du canal plus que la dilatation lente, cette rupture tenant moins au temps employé à dilater qu'au degré d'extension auquel on soumet le canal.

Cette opération est facile et bientôt faite. Cette promptitude est un avantage, tant que par un excès trop grand elle n'exclut pas le soin que l'on doit apporter à toute opération.

Elle permet à l'opérateur de se rendre exactement compte de la position du corps étranger, de le dégager s'il est piqué dans la muqueuse, de l'extraire quelquefois avec le doigt seul, ou tout au moins de l'amener dans une position telle que des pinces le retireront facilement. On n'agira donc pas au hasard, comme on est obligé de le faire avec les instruments d'extraction employés sans dilatation, et l'on ne s'exposera pas à blesser la vessie et ouvrir par suite une voie à l'infection.

Elle doit au chloroforme de n'être pas horiblement douloureuse, comme l'est la dilatation lente, et surtout de prévenir la déchirure des tissus de l'urètre. Cet agent, en effet, supprime momentanément la contractilité réflexe du muscle strié circulaire qui enveloppe le canal. Le relâchement des fibres musculaires leur permet de ne pas se rompre sous l'effort des appareils dilatateurs, en se laissant facilement distendre. C'est ainsi que l'on s'explique que la dilatation ait rarement occasionné l'incontinence d'urine entre les mains des chirurgiens modernes, qui se sont aidés des agents anesthésiques. Aussi, doit-on les employer pour pratiquer cette opération toutes les fois qu'on n'est pas en présence des contre-indications qui en proscrivent l'emploi.

Le plus grave et presque le seul reproche qui ait été et soit encore adressé à cette opération, c'est d'amener l'incontinence d'urine. Nous avons vu, par l'historique, qu'on la présentait comme fréquente et constituant une infirmité aussi dégoûtante que difficile à guérir. Mais si l'on consulte les observations les

plus récentes d'extraction de calculs ou de corps étrangers, ainsi que les statistiques qui ont été établies à ce sujet et que nous allons reproduire, on constate que les résultats de cette opération sont aussi avantageux que possible et que l'incontinence est moins fréquente qu'on ne l'a prétendu.

D'après ces statistiques, que M. Gauthier a réunies dans sa thèse, nous voyons que l'incontinence d'urine figure pour une moyenne de 4 et demi pour 100.

7 cas (Hybord) : pas d'incontinence.
21 cas (Walsham) : 2 incontinences.
35 cas (Etienne) : 1 incontinence.

Mais il est à remarquer que, dans la plupart de ces cas, il s'agissait non de corps étrangers mais de calculs, dont quelques uns particulièrement gros avaient au passage exagéré la dilatation et excorié l'urètre. Des corps étrangers moins volumineux n'auraient probablement pas amené ces cas d'incontinence.

A la suite, M Gauthier fait voir que s'il est une opération qui donne souvent l'incontinence, c'est la taille urétrale. En effet :

Dans 20 cas réunis par M. Hybord, on le constata 2 fois.
— 34 — — M. Etienne — — 5 fois.
— 12 — — M. Walsham — — 7 fois.
Ce qui fait une moyenne, pour 100, de 21, 8.

Quant aux autres opérations destinées à donner accès dans la vessie, telles que la taille vésico-vaginale, la taille hypogastrique, elles sont manifestement plus graves que la dilatation.

D'ailleurs, on n'aura pas besoin d'y recourir, car cette dernière opération suffira à peu près toujours pour extraire n'importe quel corps étranger qui aura pénétré par l'urètre dans

la vessie pourvu que, par un long séjour dans cet organe, il n'ait pas déterminé la formation d'un calcul de gros volume.

A peine sera-t-il besoin de dire, en terminant, que la dilatation de l'urètre ne met presque jamais la vie en péril par ses conséquences. Et si quelques rares cas de mort ont été enregistrés, ils tenaient beaucoup moins aux suites de l'opération qu'à un mauvais état antérieur des voies urinaires ou de tout l'organisme.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Épingle à cheveux tombée dans la vessie. — Dilatation rapide du canal de l'urètre et extraction. — Guérison sans incontinence d'urine.

(Recueillie dans le service de M. le docteur Carence).

Marie F..., âgée de 24 ans, entre, dans le service des femmes blessées, le dimanche 26 décembre 1886. Elle est venue, parce qu'elle éprouve des envies d'uriner très fréquentes et des douleurs fugaces à la fin de la miction. Ces douleurs, qui sont tantôt vives, tantôt légères, siègent à la région hypogastrique. Elles se produisent parfois dans certains mouvements du tronc. On a bientôt l'explication de tous ces symptômes, car elle avoue, sans trop de difficulté, que, quatre jours avant, elle s'est introduit, dans le canal de l'urètre, une épingle à cheveux, qui est entrée par le bout en anse et qui est tombée dans la vessie. La malade ayant ses règles à son entrée, et les symptômes qu'elle présente n'ayant, pour le moment, que fort peu de gravité, on décide d'attendre la fin de la période menstruelle pour extraire l'épingle.

L'extraction est décidée pour le 4 janvier. La malade est couchée sur la table destinée à l'examen au spéculum et anesthésiée au moyen du chloroforme, jusqu'à la période de résolution musculaire complète. M. Carence, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, introduit d'abord dans la vessie une sonde métallique

pour constater la présence du corps étranger, que l'on sent très nettement lorsque la sonde vient buter contre lui. Puis, sans même essayer l'extraction par les diverses pinces ou par les autres instruments de préhension (car l'épingle paraît, d'après l'exploration avec la sonde, être en travers de la vessie), il procède à la dilatation rapide du canal de l'urètre.

M. Carence se sert du dilatateur utérin de Scanzoni ; après l'avoir retiré, il continue la dilatation avec celui de Dolbeau. Il peut, alors, ce dernier enlevé, introduire son index gauche, frotté de vaseline, dans le canal et jusque dans la vessie. Quelques pressions sur les parois, et dirigées en tous sens, achèvent de donner au doigt assez d'aisance pour qu'il pénètre plus avant dans la vessie, de manière à l'explorer complètement et reconnaître la position de l'épingle. Celle-ci a ses deux pointes implantées dans la muqueuse vésicale, un peu au-dessus du col, l'autre extrémité se trouvant en arrière et à droite. A l'aide de l'index en crochet, l'opérateur parvient à dégager les deux pointes, faire basculer l'épingle et la retirer sans le secours d'aucun instrument.

Elle était, sauf les pointes, entièrement recouverte d'une très légère couche d'incrustation saline. La dilatation a été portée à près de huit centimètres de circonférence, c'est-à-dire un peu plus que le diamètre maximum de l'index.

Le méat non incisé n'a pas empêché la dilatation complète du canal et ne s'est pas rompu.

Des lavages, avec une solution d'acide borique saturée, sont prescrits pour être faits plusieurs fois dans la journée. Repos au lit.

La malade est restée pendant deux heures, après l'opération, sans perdre ses urines. Elle rend, alors, environ 200 grammes d'urine sanguinolente. Le soir, elle est à peine trouble. Dans la suite, elle est normale.

Il n'y a eu ni frisson ni fièvre.

OBSERVATION II

Epingle à cheveux dans la vessie. — Extraction après dilatation de l'urètre. — Guérison avec intégrité fonctionnelle du sphincter vésical.

(Recueillie dans le service de M. le docteur Carence)

Anastasie J.., âgée de 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 13 février 1887. C'est une fille de forte complexion. Elle accuse des douleurs dans la région hypogastrique ; miction douloureuse ; urines troubles, ammoniacales, muco-purulentes ; symptômes très accusés de cystite inflammatoire. Légère fièvre. La malade ne peut donner que des explications très embarrassées et peu plausibles. Vers la fin du mois de février, hématurie. Le cathétérisme fait reconnaître dans la vessie la présence d'un corps étranger de nature métallique. Après cette constatation, la malade finit par avouer qu'elle s'est introduit une épingle à cheveux dans le canal de l'urètre et assez profondément pour ne plus pouvoir la retirer.

Le 11 mars 1887, M. Carence, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, procède à l'extraction, qu'il s'est proposée d'exécuter par la dilatation rapide de l'urètre. La malade est couchée sur la table pour l'examen au spéculum. On lui fait un lavage antiseptique de la vessie et on la chloroformise jusqu'à la période de résolution musculaire.

La dilatation du canal est commencée au moyen du dilatateur utérin de Scanzoni, auquel on substitue bientôt celui de Dolbeau ; après quoi, l'urètre permet le passage de l'index préalablement graissé avec de la vaseline boriquée. Ainsi introduit, le doigt franchit facilement le col de la vessie et

peut explorer cette cavité. On reconnaît la position de l'épingle, dont les pointes sont implantées dans la paroi antérieure de la vessie et à gauche.

On essaie de l'extraire avec diverses pinces introduites sur le doigt, mais ces efforts n'amènent aucun résultat. C'est seulement avec le doigt recourbé, que M. Carence parvient à faire basculer l'épingle et à l'extraire. On constate alors qu'une des branches de cette épingle était recouverte des sels de l'urine. La dilatation était de 7 centimètres et demi à 8 centimètres de circonférence. On n'a pas eu besoin, non plus, comme dans le cas précédent, de la préparer par la section du méat urinaire.

Les soins qui ont suivi ont consisté en des lavages de la vessie avec une solution boriquée (4 %) à l'aide de la sonde à double courant.

A 2 heures de l'après-midi (c'est-à-dire plus de trois heures après l'extraction) la malade urine volontairement ; les urines rendues sont mêlées de sang. Le lendemain, on a pu constater qu'elle n'avait pas eu la moindre incontinence d'urine. On a seulement remarqué de légères douleurs dans la région hypogastrique pendant les quelques heures qui ont suivi l'opération. Pas de réaction fébrile. Les jours suivants, les urines rendues sont limpides. Pas de fièvre ces jours-là non plus.

Cinq jours après, la malade revient chez elle complètement guérie.

OBSERVATION III

Etui à aiguilles, long de 10 centimètres, épais de 12 millimètres, ayant séjourné dix jours dans la vessie. — Extraction par l'urètre dilaté. — Guérison rapide.

(Communiquée par M. Tédenat)

Une femme de 22 ans, bien constituée, entre le 18 décembre 1875 dans le service du professeur Valette à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Dix jours auparavant, par mégarde (?), dit-elle, un étui à aiguilles avait glissé dans sa vessie. Mictions de plus en plus fréquentes, de 20 à 25 dans les 24 heures. Dépôts muco-purulents dans l'urine, parfois quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Par le toucher vaginal, on sent le corps étranger qui est dirigé obliquement d'arrière en avant et de gauche à droite. Son extrémité antérieure paraît être au plus proche voisinage du col de la vessie. La vessie est lavée avec une solution phéniquée à 2 %.

11 décembre. — Dilatation de l'urètre avec une pince à pansement ; puis, introduction graduelle de l'index qui trouve l'extrémité du corps étranger sur le côté droit du col vésical. Une pince à polype introduite sur le doigt saisit sans trop de difficulté l'étui au niveau de son extrémité et l'extraction a lieu sans peine, malgré la présence de quelques incrustations phosphatiques. Hémorragie légère. Lavage de la vessie avec une solution phéniquée tiède à 2 %. Application de compresses phéniquées sur les organes génitaux externes. Température du soir 38°.

12 décembre. — Température 37°9 le matin, 38° le soir. Incontinence légère jusqu'à midi.

15 décembre. — La malade quitte l'hôpital. Miction normale à tous les points de vue.

OBSERVATION IV (En résumé)

Crochet à tricoter dans la vessie. — Extraction après dilatation de l'urètre. — Guérison sans incontinence.

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Une femme de 24 ans avait dans la vessie un crochet, long de 11 centimètres, qu'elle y avait introduit le manche le premier, la partie en crochet ayant pénétré la dernière. M. le professeur Tédenat, après avoir chloroformisé la malade, pratiqua la dilatation de l'urètre avec le dilatateur-gouttière du professeur Tripier. Dès qu'il eut atteint l'écartement voulu des branches de l'instrument, il put apercevoir la partie antérieure en crochet du corps étranger. Cette portion visible, qui siégait près du col, croisait le champ d'exploration compris entre les deux extrémités des gouttières du dilatateur. Il fut alors très facile d'en faire l'extraction au moyen d'une simple pince à polype manœuvrée entre les valves de l'instrument. Il n'y eut à la suite ni incontinence d'urine, ni accident d'aucune sorte.

OBSERVATION V

Corps étranger de la vessie (étui à aiguilles). Dilatation, extraction, incontinence d'urine de quelques heures seulement.

(Publiée par la *Gazette des hôpitaux*. N° 113 du 27 septembre 1868.)

Le 3 septembre 1868, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, service de M. Fleury, salle Saint-Joseph, n° 12, une jeune fille âgée de 22 ans. Elle avoue difficilement qu'elle s'est introduit dans la vessie, depuis quinze jours environ, un étui à aiguilles, et qu'elle éprouve depuis des douleurs au bas-ventre, avec de la difficulté pour uriner.

Une exploration, avec une sonde de femme, ne révèle aucun corps étranger. Mais une sonde d'homme, substituée à la première, permet de constater la présence d'un corps dans la vessie.

L'extraction étant décidée, la malade fait remarquer que l'étui est rempli d'aiguilles qui pourraient se répandre dans la vessie, dans le cas d'ouverture de l'étui pendant l'opération. Or, cette crainte est bientôt dissipée, M. Fleury ayant pu arriver avec le doigt, porté dans la vessie à travers le canal particulièrement large, à constater que l'étui est recouvert de sels qui en immobilisent les deux pièces.

Le 4 septembre, on fait une première tentative d'extraction, avec une pince à polype sans aucun résultat. Le canal est ensuite dilaté avec l'index qui dirige l'étui, pendant qu'un aide, comprimant la région hypogastrique, cherche à le pousser dans le canal. Même résultat négatif.

Une pince à pansement est introduite sur le doigt, mais sa manœuvre est trop gênée. Le méat, ayant alors été incisé

latéralement du côté droit, le doigt peut ramener une des extrémités de l'étui, en regard du col, où une pince peut le saisir et l'extraire.

Le corps extrait est un étui en bois, de 9 centimètres de longueur et de 3 centimètres et demi de circonférence. Il est incrusté à sa partie moyenne de dépôts salins, recouvrant la jonction des deux parties.

Traitement : limonade, potion avec extrait thébaïque 5 centigrammes. Diète, application d'eau froide à la vulve. Le soir un peu de fièvre.

Le 5 septembre, pas de fièvre. La malade perd involontairement un peu d'urine, qui détermine quelque cuisson au passage.

Le 6, l'incontinence a disparu. La miction est encore un peu douloureuse.

Quelques jours après, la jeune fille sort complétement guérie.

OBSERVATION VI

Extraction d'un corps étranger introduit dans la vessie.

(Publiée par M. Monteil, chirurgien à l'Hôpital de Mende, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 octobre 1864, n° 122)

La nommée Louise M..., âgée de 29 ans, fille-mère, de constitution bonne, de taille au-dessus de la moyenne, adonnée à la masturbation, s'introduit, dans la vessie, le 8 juin

dernier, la plus forte moitié d'un cornet à aiguilles et, éprouvant bientôt pour uriner des épreintes et des besoins incessants, elle entre deux jours après à l'hôpital. Le médecin chargé du service en mon absence fait des tentatives d'extraction qui restent infructueuses, et soumet la malade à l'usage des boissons délayantes et des bains généraux.

Le 10 juillet, à mon retour, je trouve cette fille à l'hôpital, souffrant de vives douleurs dans le bas-ventre et ne pouvant se tenir couchée au lit qu'en ayant les membres inférieurs fléchis sur le ventre, ou, levée, qu'accroupie sur le sol.

Assisté de MM. les docteurs Magne, médecin des prisons, et Barbot, médecin de la garnison, je la place sur le lit d'opération, les cuisses relevées, le tronc fléchi en avant, et j'introduis dans la vessie une sonde de femme pour m'éclairer sur la nature, la forme, les dimensions et la situation du corps étranger. Je n'obtiens, par cette opération, que des notions insuffisantes, et, alors, pour les compléter, je fais, à l'exemple du docteur Passaquay, de Lons-le-Saulnier, une application de spéculum dans le canal de l'urètre. Je choisis le spéculum *oris* d'Itard. Il pénètre d'abord avec difficulté et douleur, mais dès qu'il a franchi l'orifice externe, le sentant glisser plus facilement, je presse sur ses deux branches et je dilate progressivement les parois urétrales.

Cette dilatation graduelle et comme cadencée, faite avec ménagement, ne cause pas trop de douleur et me permet d'introduire, dans le méat, la pulpe de l'index. Au moyen d'un mouvement de vrille en avant et de pressions analogues au massage, j'insinue successivement la première phalange, puis la seconde, puis la troisième, de manière à pénétrer dans la vessie.

Je trouve un corps étranger, dur, rugueux, cylindrique, transversalement placé, immobile, solidement fixé, recouvert d'aspérités friables, qui s'écrasent facilement sous l'ongle et que

je m'efforce de détacher. Je fais, dans la vessie, une injection aqueuse, afin de la dilater, de mobiliser le corps et d'en pratiquer plus facilement la version. Le liquide s'écoule lors de la réintroduction de l'index ; néanmoins, je réussis à placer la pulpe du doigt dans l'ouverture de l'étui, et l'ongle aidant à le maintenir en face de l'orifice de la vessie. Je prends de la main gauche une pince à polype courbe, et, la glissant le long de la face dorsale de l'index, je vais saisir la partie antérieure du cylindre de bois que celui-ci tient en arrêt ; puis, retirant lentement le doigt, je le fais suivre immédiatement de l'extrémité du corps étranger, solidement maintenu par la pince.

Engagé dans le canal, l'étui éprouve des difficultés à sortir, soit à cause de son volume, soit à cause des aspérités qui le hérissent et dont je n'ai pu entièrement le dépouiller. Dans la crainte que les mors de la pince ne glissent ou que le corps saisi ne se brise sous les efforts de traction, je dégage mon index du canal, et, portant rapidement deux doigts de la main droite dans le fond du vagin, je presse sur l'extrémité postérieure du corps étranger et, par une impulsion soutenue en avant, facilite et accélère sa sortie.

Cette opération, dans laquelle je négligeai à tort l'emploi du chloroforme, s'exécute au milieu de tout le cortège des accidents d'une attaque d'hystérie et de mouvements convulsifs et d'expulsion qui se passent dans la vessie, le vagin et le rectum, et ces deux derniers organes chassent au dehors la muqueuse.

Le corps étranger que l'on vient d'extraire est une portion d'étui à aiguilles en buis, cylindrique, long de 8 centimètres et qui a à ses deux extrémités 4 centimètres et demi et à son milieu (à cause des incrustations calcaires encore adhérentes) 6 centimètres et demi de circonférence.

Après m'être assuré, par une nouvelle application de spéculum, qu'il n'existe dans le canal que des éraillures très légères

faites à la muqueuse par les inscrustations calcaires, après avoir nettoyé la vessie par le lavage, je fais mettre la malade au bain et je prescris 0,30 centigrammes d'opium à prendre dans les 24 heures, des injections mucilagineuses et narcotiques répétées dans la vessie, de la tisane de graine de lin durant 3 jours.

Ces moyens ne tardent pas à rendre l'urine normale, la miction plus facile, les douleurs abdominales nulles, et, au bout de 10 jours, la malade est en état de quitter l'hôpital et de vaquer à ses travaux.

OBSERVATION VII

Cure-oreille porté dans la vessie. Extraction faite par M. Lachèse, chirurgien d'Angers

Tirée des *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie,* tome II, p. 418.

En 1751, M. Lachèse fut appelé pour voir une fille âgée de 20 ans, qui, la veille s'était introduit un cure-oreille dans le canal de l'urètre et l'avait perdu. Il fut informé de cet accident par la mère de la malade qui le pria de ne faire aucune question à sa fille. Il porta d'abord une sonde à femme dans la vessie et ne sentit rien. Il introduisit ensuite une algalie et trouva le corps étranger. Il porta des pinces ordinaires dans la vessie sans pouvoir le tirer. Il saigna plusieurs fois la malade pour prévenir l'inflammation et fit faire des injections dans la vessie avec les émollients et les huileux pour relâcher les

parties et faciliter l'extraction du corps étranger. Enfin, après plusieurs tentatives et au bout de deux mois il vint à bout de le tirer après avoir dilaté l'urètre sans y faire d'incision, et il n'est resté aucune incommodité à la malade. Le cure-oreille était incrusté dans une grande partie de sa longueur.

OBSERVATION VIII

Epingle à cheveux dans la vessie. — Dilatation. — Extraction. Pas d'incontinence d'urine

Publiée par P. Bruns, de Tubingue, in *Schmidts Jarhbücher,* 1875, et extraite de l'ouvrage de Poulet.

Une jeune fille de 24 ans, qui avait depuis plusieurs mois une épingle à cheveux dans la vessie, entre à la clinique de Tubingue, trois essais d'extraction ayant déjà été faits avec une pince.

Après avoir chloroformisé la malade, on fit aux bords supérieur et inférieur de la vessie deux incisions superficielles, et on introduisit le n° 7 du dilatateur de Simon. On put alors avec l'index conduire une étroite pince dans la vessie, et, sans difficulté, retirer l'épingle à cheveux, quoique celle-ci fût fortement recourbée, sous l'action sans doute des opérations antérieures : la longueur de chacune des branches de cette épingle était de 7 centimètres. L'opération fut finie en quelques instants et ne fut suivie d'aucun accident. On s'assura au moyen d'injections d'eau que le sphincter fermait bien la vessie, et dans la suite il n'y a pas eu d'incontinence d'urine.

OBSERVATION IX

Extraction d'une épingle à cheveux de la vessie, par dilatation. Guérison.

Tirée de l'ouvrage de Chopart : *Traité des maladies* des voies urinaires.

Une fille d'environ 16 ans, s'étant introduit une longue épingle noire à cheveux dans l'urètre, celle-ci lui échappa et tomba dans la vessie. Elle causa bientôt des douleurs si aiguës et si continuelles, qu'elles privèrent la malade du sommeil. Enfin, au bout de quelques mois, cette fille tomba dans le marasme, ayant le dos courbé, la poitrine portée en avant. Les remèdes qu'on lui donnait avaient d'autant moins d'efficacité qu'elle cachait la cause de sa maladie. Elle se plaignait cependant de douleurs à la vessie et à l'urètre et disait qu'elle avait une épingle dans le ventre. Ses urines étaient emplies de matières graveleuses. On conçut l'idée de la présence d'une pierre dans la vessie. On s'en assura par la sonde et la malade confessa l'origine de son mal.

On procéda à l'extraction du corps étranger en employant le procédé de dilatation de l'urètre et du col de la vessie. Les tentatives furent longues, pénibles et très douloureuses. On introduit sucessivement et graduellement des tenettes de différente grosseur. Ayant saisi la pierre, qui paraissait avoir le volume d'un œuf moyen de poule, on la brisa ensuite avec des tenettes plus étroites et qui faisaient moins souffrir la malade; on enleva successivement les gros débris de la pierre et l'on se servit de curettes pour entraîner les plus petites parties. L'opération était sur le point d'être terminée qu'on n'avait pas encore rencontré l'épingle. Alors, le chirurgien porta son doigt

dans la vessie, sentit ce corps étranger, en reconnut la situation et, au moyen de tenettes recourbées, il la tira dès la première tentative. Cette épingle avait 3 pouces de long. Sa pointe portait sur la partie de la vessie qui répond à l'os pubis, et sa tête reposait sur la partie inférieure et postérieure de ce viscère. Elle était encore incrustée de quelques matières calculeuses. Après l'opération, la malade a rendu beaucoup de petits débris pierreux, plutôt en urinant que par des injections ; elle a fait usage de bains et s'est rétablie.

OBSERVATION X

Dilatation rapide de l'urètre. — Extraction d'un fragment de sonde. Guérison sans incontinence.

In thèse de Maurice. Tirée du 3e mémoire de Cooper

Malade ayant de fréquentes rétentions d'urine qui l'obligent à se sonder, ce qu'elle faisait elle-même. L'instrument s'étant cassé, un fragment resta dans la vessie. Tourmentée par le corps étranger, elle demanda l'extraction. Malade en travers du lit, genoux écartés et repliés vers la poitrine. Introduction d'un dilatateur qui donne une dilatation suffisante pour le doigt (deux minutes de dilatation seulement avaient suffi). Introduction d'une paire de pinces entre les deux mors du dilatateur qui est alors retiré. La pince n'ayant rien rencontré, elle est extraite et le doigt introduit dans la vessie. La sonde brisée est perçue dans la région de la vessie correspondant au rectum.

Son axe ayant été ramené dans celui de l'urètre, il est facilement retiré. Peu de douleur pendant l'opération. A l'époque menstruelle qui suivit, elle recouvra la faculté de garder ses urines.

OBSERVATION XI

Extraction d'un fragment de sonde par l'urètre. — Guérison.

Communiquée à Cooper par Th. Chapmann. *In* thèse de Maurice

Algalie tombée dans la vessie dans un moment où l'opérateur l'avait quittée pour prendre un bassin placé à côté. Extraction avec le doigt. Le petit doigt, puis l'indicateur sont introduits dans la vessie jusqu'à ce que ce dernier soit arrivé au contact du gros bout de l'algalie ; il souleva alors celui-ci légèrement et le dirigea vers l'orifice supérieur du canal et, par des mouvements combinés de l'indicateur droit dans la vessie et de la main gauche sur l'abdomen il parvint à faire sortir l'instrument sans que la malade ni aucune des personnes présentes se doutassent de ce qui se passait.

OBSERVATION XII

Extraction d'une épingle à cheveux après dilatation. — Pas d'incontinence d'urine.

Publiée par Billroth in Schmidt Jarhbucher, t. CXX et reproduite dans l'ouvrage de Poulet

Une fille de 18 ans souffrait depuis huit jours de douleurs à la région vésicale : l'urine était de temps à autre sanguinolente, trouble dans les derniers jours, et laissait un dépôt épais. La malade avoua qu'elle s'était livrée à des manœuvres sur ses parties génitales avec l'extrémité arrondie d'une épingle à cheveux. L'aiguille aurait échappé de ses mains et vraisemblablement serait entrée dans la vessie. Billroth dilata avec un bistouri boutonné un côté du canal urétral de façon à introduire le petit doigt de la main gauche. Avec le doigt recourbé, il retourna en avant l'extrémité mousse de l'aiguille qui était fixée obliquement à la paroi supérieure de la vessie et en pratiqua l'extraction à l'aide d'une pince. Il ne survint pas d'incontinence d'urine, qui était limpide trois jours après. L'aiguille commençait déjà à s'incruster.

CONCLUSIONS

1° La présence de corps étrangers dans la vessie n'est pas un fait rare.

2° L'extraction devra en être faite le plus tôt possible, si l'on veut empêcher la formation de calculs, ou prévenir d'autres accidents fort graves.

3° Un grand choix d'instruments d'extraction se présente à l'opérateur ; mais à certains avantages ils joignent l'inconvénient d'être quelquefois insuffisants, et d'exposer la vessie et l'urètre à des blessures qui ne sont pas toujours sans danger.

4° Il est un moyen qui semble devoir leur être préféré pour l'extraction des corps étrangers de la vessie chez la femme, c'est la dilatation rapide de l'urètre qui ouvre une large voie de communication avec la vessie.

Elle a les avantages :

A. — D'être une opération facile, rapide, sans gravité, n'exposant presque pas aux déchirures des tissus de l'urètre, si elle n'est pas poussée au-delà d'un certain diamètre, et si elle est pratiquée avec l'aide d'un agent anesthésique.

B. — De permettre l'exploration directe de la vessie avec le doigt, et en partie par la vue, notamment avec le dilatateur de Tripier.

C. — De rendre l'extraction des corps étrangers très facile.

D. — De rendre plus efficace la manœuvre des autres instruments d'extraction, si l'on veut les employer concurremment avec elle.

E. — Surtout de ne pas exposer, autant qu'on l'a prétendu, à l'incontinence d'urine, et d'être, par conséquent, bien supérieure, à ce point de vue, aux tailles urétrales.

F. — Enfin, d'être préférable à la dilatation lente.

5° Elle paraît mériter d'être érigée en méthode de choix pour l'extraction des corps étrangers.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 9 mars 1889.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut
G. CHANCEL.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 1er mars 1889.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas a corrompre es mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !